**VIAGGIO D’ISTRUZIONE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

DICHIARAZIONE DI ALLERGIE O INTOLLERANZE ALIMENTARI ED EVENTUALE SOMMINISTRAZIONE FARMACI

 I sottoscritti:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ padre

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ madre

dell'alunno/a................................................................................... classe............... sez............, Scuola Primaria/Secondaria di primo grado I.C. di Squillace - Plesso di……………….. , in riferimento al Viaggio d’istruzione che si svolgerà in ………………………….. il ……………………

DICHIARANO

barrare la casella che interessa

 che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;

 che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e o intolleranze):

…............................................................................................................................................................................. ................................................................................................................................................................................. ................................................................................................................................................................................. ................................................................................................................................................................................. ................................................................................................................................................................................. .................................................................................................................................................................................

Inoltre, AUTORIZZANO i docenti accompagnatori alla somministrazione, in caso di necessità, dei seguenti FARMACI DA BANCO nelle modalità e nelle dosi di seguito indicate:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome commerciale del farmaco** | **Dosi e modalità di somministrazione** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 I sopraindicati farmaci saranno consegnati al docente autorizzato, in busta trasparente contenente nominativo dell'alunno e copia tessera sanitaria. **In caso di antibiotici, antiallergici e farmaci salvavita, alla presente deve essere allegato certificato del medico curante**.

Con la presente autorizzazione il sottoscritto solleva il docente da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione dei farmaci indicati.

In fede,

Luogo e data .......................................................

*Firma di entrambi i genitori*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero telefono genitori: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ madre